Rok XXXIV. Kraków 11. Maja 1895 r. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: [illegible]

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Admi[illegible]

Przedpłatę przyjmują: [illegible] skiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Ge[illegible] w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy [illegible]

Jeden numer [illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii (w nierównej refrakcyi ócz).

Podał

Doc. Dr. Franciszek Sroczyński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Większa część autorów potępiających w zasadzie korekcyę anizometropii a między nimi nawet autor tak poważny, jak Schmidt-Rimpler, powołuje się na trudności wynikające ze zmiany stosunków akomodacyi względnej, jaką wywołują szkła różnej siły łamiącej. Dla czytelników nieobytych należycie z temi pojęciami postaramy się znaczenie zarzutu tego wyjaśnić na przykładzie. Krótkowidz w stopniu 5 dyoptryj na prawem, 10 dyoptryj na lewem oku, przywykł choćby tylko na mocy oka prawego obywać się zupełnie bez akomodacyi aż do konwergencyi ócz na punkt na [illegible] = 20 cm. odległy. Jeżeli mu damy szkła 5 dyoptryj obustronnie, to przy tej samej odległości punktu 20 cm. zniesie on szkła swoje zupełnie dobrze, teraz bowiem w grę może wejść oko prawe, które przy szkle 5 dyoptryj, mając jeszcze 5 dyoptryj Mp. może również dać zupełnie folgę akomodacyi. Przypuśćmy, że teraz patrzy on na ten sam punkt przy szkłach 5 dyoptryj na prawem, 10 dyoptryj na lewem oku, wówczas muszą wystąpić dolegliwości, będzie on musiał bowiem akomodować teraz na 5 dyoptryj przy tym stopniu zbieżności, gdzie się dawniej zupełnie bez akomodacyi obchodził. Szkła neutralizujące zatem anizometropią dążą do przełamania tego naturalnego związku, jaki zachodzi między akomodacyą a zbieżnością osi widzenia.

Na to w cytowanej już powyżej pracy odpowiedział zupełnie słusznie Greeff, że zarzut ten tyczyć się może tylko zupełnego wyrównywania wysokich stopni niemiarowości w ogóle „a jest to zgoła co innego, czy rozchodzi się o zrównanie różnicy refrakcyi obu ócz, czy też także o zneutralizowanie wysokich stopni niemiarowości. W ostatnim razie trzymać się należy zasad, które w ogóle obowiązują w przepisywaniu szkieł w wysokich stopniach krótkiego lub nadmiarowego wzroku“. Zresztą i sam Schmidt-Rimpler musiał odstąpić już od wspomnianego zapatrywania, skoro go w nowszych wydaniach swej książki nie powtórzył.

Z tej więc strony zwolennicy korekcyi anizometropii skrupułu robić sobie nie potrzebują.

Nierównie cięższej wagi są na szali zarzuty zrobione przez Dondersa. Jeżeli różnica w wielkości obrazków pod wpływem różnych szkieł jest rzeczywiście przyczyną wymienionych zaburzeń nerwowych, musielibyśmy raz na zawsze zrzec się myśli wyrównywania obchodzącej nas wady wzrokowej, jeżeli nie chcemy zdać się na łaskę i niełaskę nieznanej siły przyzwyczajenia. Nie możemy bowiem wpłynąć na wielkość obrazków, nie zmieniając zarazem siły łamiącej odpowiednich szkieł. Wprawdzie Donders w przypisku odpowiedniego rozdziału w dziele swem o zboczeniach refrakcyi i akomodacyi rzuca nawiasowo myśl, że możnaby wpłynąć na zrównanie obrazków przez stosowną kombinacyę szkieł silnie peryskopijnych (menisków), zwróconych ku jednemu oku płaszczyzną wklęsłą, ku drugiemu wypukłą, sam jednak przyznaje, że byłaby to zbyt delikatna metoda, aby mogła kiedykolwiek znaleść zastosowanie w praktyce. My zaś dodamy, [illegible] gdyby w ogóle do tego kiedy przyszło, to skutek niewątpliwie rozminął by się z celem, dziś bowiem po pracy Dinmera [1]), poświęconej działaniu szkieł o różnej krzywiźnie obu płaszczyzn, wiemy, że ze względu na siłę łamiącą silniejszego meniska nie jest rzeczą obojętną, czy

[1]) Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1891. April.

szkło takie wklęsłą czy wypukłą powierzchnią zwrócone jest ku oku. W rezultacie o tyle zyskalibyśmy na zrównaniu obrazków, ilebyśmy stracili lub przesadzili w sile łamiącej szkieł tak, że korekcya anizometropii stałaby się po prostu złudną.

Na tej więc drodze nie można się spodziewać rozwiązania zadania. A jednak myśl uzyskania idealnej korekcyi anizometropii tak jest sama w sobie ponętną, że umysły okulistów nie tak łatwo pogodzą się z zrezygnowanem *non possumus* Dondersa i niezależnie od wszelkich teoryj dążyć będą do rozwiązania zagadki.

Teorya Dondersa nigdy mnie zupełnie nie zadowolała. Jeżeli przyczyna zaburzeń nerwowych po zneutralizowaniu anizometropii szkłami ma być różnica wielkości obrazków na siatkówce, to dlaczegoż nie wywołuje ich różnica wielkości obrazków zależna już od samej różnicy refrakcyi. Wszakże wady refrakcyi w przeważnej części polegają na nieprawidłowej długości osi ocznej, co znowu wpływa na odległość punktu węzłowego od siatkówki a tem samem na wielkość obrazków. Jeżeli powie kto na to, że w przypadkach tych skutkiem trwania wady od urodzenia lub od wczesnych lat życia, wytworzyły się zwolna odrębne stósunki w korespondujących ze sobą miejscach siatkówki (tak zw. punkty identyczne), to i tak pozostanie jeszcze niezrozumiałem, dlaczego owych przykrych sensacyj nie doznają osoby z anizometropią wytworzoną nagle i w stopniu tak wysokim, jak to bywa n. p. po jednostronnej operacyi katarakty.

Będąc sam anizometropem (Pr. o: M.p. = 4 dyoptr. L. o: M.p. = 2 D.) oddawna zajmowałem się tą kwestyą i chcąc sobie wyrobić sąd niezależnie od wszelkich teoryj, przedsięwziąłem szereg obserwacyj na sobie samym, które wreszcie doprowadziły mnie, jak sądzę, do stanowczego załatwienia sprawy. Badania przeprowadziłem przeważnie na sobie samym, przez co kontrola i analiza zjawisk mogła być dokładniejszą niż przy niepewnych, a nieokreślonych, podaniach chorych. Późniejsze badania i na innych osobach potwierdziły w zupełności wyniki uzyskane na mnie samym.

Rozpocząłem naturalnie od obserwacyi zjawisk, występujących po uzbrojeniu się w szkła neutralizujące anizometropię. Pierwsze wrażenie jest istotnie bardzo zachęcające: nigdy niebywała ostrość i wyrazistość konturów spostrzeganych przedmiotów, litery na tablicy Snellena wydają się jakby świeżo poczernione. Rychło jednak radość zmienia się w rozczarowanie. Za najmniejszym ruchem głowy lub oczu, przedmioty usuwają się niejako przed oczyma, zdaje się, że powała chwieje się, podłoga zapada. Po chwili zamiast oczekiwanego przyzwyczajenia, występuje zupełna dezoryentacya, zmienia się sąd o odległości i położeniu przedmiotów, występuje przykry zawrót i ból głowy, jak po długiem wirowaniu, wreszcie oczy poczynają łzawić, ręka chwyta mimowoli za szkła, aby ich się pozbyć. Przykre objawy nie znikają jednak wnet po zdjęciu okularów. Dezoryentacya trwa dalej, nadto mgła jakaś zasłania wzrok, co znika dopiero po zasłonięciu jednego oka. Natomiast ze zdziwieniem spostrzegłem, że przy czytaniu, mimo tej samej różnicy szkieł (2 dyoptryj), objawów powyższych nie było.

Aby uprościć doświadczenie i ułatwić sobie analizę zjawisk, robiłem dalsze spostrzeżenia w zaciemnionym pokoju, gdzie przedmiotem był płomień świecy. Wziąwszy teraz przed jedno oko szkło barwne, przekonałem się przedewszystkiem, że szkła wyrównywające różnicę refrakcyi moich ócz, wywołują zawsze dwuwidzenie, ile razy linia widzenia zbaczała ponad lub popod oś szkieł. Obrazek oka ze szkłem silniejszem ([illegible] dyoptryj) leżał wyżej, gdym patrzył przez dolną część szkła, niżej, gdym patrzył powyżej osi szkieł. Natomiast nawet przy największych ekskursyach ócz na boki dwuwidzenia w kierunku poziomym zauważyć nie mogłem. Teraz już nie ulegało dla mnie wątpliwości, że różnica w wielkości obrazków nie ma na rzeczone zjawiska najmniejszego wpływu, że czynnikiem istotnym jest po prostu to, że r ó ż n i c a w s i l e ł a m i ą c e j s z k i e ł d z i a ł a j a k o p r y z m a t. W ten sposób tłómaczy się zupełnie naturalnie, dlaczego dwuwidzenie występuje tylko przy odśrodkowem patrzeniu przez szkła, jak niemniej jasnem się staje zmienne położenie obrazków zdwojonych wedle tego, czy oś widzenia przechodzi przez górną czy dolną połowę szkieł. Dziwnem tylko w pierwszej chwili mogłoby się wydawać, dlaczego działanie to pryzmatyczne szkła uwidaczniało się tylko w kierunku pionowym, w poziomym zaś nie.

I to zjawisko znajduje swe ścisłe uzasadnienie w fizyologicznem działaniu pryzmatu na oczy. W gruncie rzeczy działanie fizyczne pryzmatu równe jest co do siły bez względu na kierunek, różnym jednak jest skutek fizyologiczny, zależy on bowiem od względnej siły danego mięśnia ocznego, który ma przezwyciężyć jego działanie a raczej od zdolności wyemancypowania się z pod prawidła ruchów sprzężonych. Fizyologia poucza, [illegible] pod tym względem największą zdolnością odznaczają się mięśnie proste wewnętrzne, wnet po nich idą mięśnie proste zewnętrzne, najsłabiej w tej mierze przedstawiają się mięśnie dźwigacze ku górze i ku dołowi. Badając własne oczy pod tym względem znalazłem następujące wartości w stopniach pryzmatu, który oczy moje jeszcze przezwyciężają:

m. rectus internus	pryzmat	25°
m. rectus externus	„	12°
m. rectus inferior	„	4°
m. rectus superior	„	1°

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu higienicznego w Krakowie.

Spostrzeżenia nad zarazkiem błonicy. Wytwarzanie toksyn. Otrzymywanie surowicy przeciwbłoniczej w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Jeżelibyśmy obliczyli wielkość dawki ochronnej w stósunku do wagi zwierzęcia, to licząc za surowicę normalną tę, która chroni zwierzę wagi 500 grm. w ilości 0·1 czyli 1:5000 otrzymamy dla naszej surowicy wartość około [illegible]. Według obliczenia Roux'a byłoby to około [illegible].

W następnych doświadczeniach zmieniłem pierwotny sposób obliczeń, wprowadzając ilość toksyn równą tej, jakiej używa Behring, t. j. ilość zabójcza po 30—48 godz. W ten sposób cyfry otrzymane są mniej więcej jednakowe z otrzy-

manemi przez Behringa i Ehrlicha przy odpowiedniem zmniejszeniu ilości surowicy (około 2 razy) oraz przyjmując za wystarczającą tę dawkę toksyn, która nie wywołuje obrzęku.

Sprawdzając wyniki poprzednio otrzymane, znalazłem, że surowica Roux'a, pierwsza jaką miałem w Krakowie 8go Stycznia r. b. zawierała około 500—600 jednostek w 10 cm.^{3} podobnie jak i surowica BehringaNr. 1. Świnki morskie pozostają zupełnie zdrowe i bez obrzęku przy $\frac{1}{600}$ cm.^{3}. Następnie otrzymane przesyłki zawierały surowicę silniejszą, blizką 1000 jednostek w 10 cm.^{3} a więc odpowiadającą surowicy Behringa Nr. 2.

Surowica krakowska w ciągu dalszych 2 miesięcy nabierała coraz większej siły i obecnie również jest bliską 1000 jednostek. Najsłabszą pokazała się surowica Aronsona, która zawierała około 400 jednostek w 10 cm.^{3}.

Działanie surowicy zwierząt uodpornionych i jej otrzymywanie.

Gdy Miecznikow ogłosił teoryę fagocytarną, Behring wypowiedział jeden z pierwszych zdanie, że niszczenie zarazka w ustroju odbywa się nie skutkiem działania białych ciałek czyli fagocytów, ale w skutek działania płynów ustroju a więc substancyj chemicznych. Jak wiadomo, teorya ta nie została poparta doświadczeniem na żywym ustroju tak, iż obecnie po dalszych pracach Rouxa, Miecznikowa i szkoły Pasteura z jednej strony, samego zaś Behringa, Ehrlicha, Pfeiffera, Wassermana i w ogóle szkoły Kocha z drugiej, obie te teorye zdają się zbliżać i wskazywać na jednoczesne działanie tkanek i soków ustroju.

Jednem ze spostrzeżeń dokonanych wówczas było ważne odkrycie Behringa, mianowicie, że surowica krwi zwierząt uodpornionych produktami zarazków, zawiera pewne ciała niejako zobojętniające wpływ jadów zarazkowych czyli toksyn. Ciała te bliżej nieokreślone uzyskały nazwę antytoksyn. Pokazało się również, że owe antytoksyny nie znajdują się wcale w krwi zwierząt obdarzonych wrodzoną odpornością, ale muszą być wytworzone sztucznie przez wprowadzenie toksyny i wytwarzają się oraz utrzymują w ustroju wówczas tylko, gdy toksyna jest wprowadzaną. Gdy zaprzestaniemy toksynę wprowadzać, ustrój stopniowo przestaje wytwarzać antytoksynę.

W ten sposób udało się Behringowi oraz prof. Tizzoniemu i pani Cattani otrzymać antytoksynę tężcową, zaś Behringowi i Kitasato antytoksynę przeciwbłoniczą.

Z początku używano w tym celu zwierząt mniejszych, ale stopniowo używać zaczęto większych, mianowicie koni, które mogą dostarczyć znaczniejszych ilości surowicy a co ważniejsza, że surowica tych zwierząt nie posiada żadnego szkodliwego działania na ustrój ludzki.

Konie wytrzymują znaczną ilość toksyny błoniczej. Wrażliwość ich jednak jest prawie równa a może i większą od wrażliwości świnki morskiej. Silna toksyna zabija świnkę morską wagi 500 grm. w ilości 0·1 cm.^{3}, jeden zaś koń, którego w tym celu poświęciłem, wagi 350 kilogr. padł pod działaniem 50 cm.^{3} tejże toksyny.

Stopniowo wstrzykując koniom coraz większe ilości toksyny, poczynając od 1—2 cm.^{3}, można dojść w ciągu 3 miesięcy do 300—400 cm.^{3} silnej toksyny, która nie wywołuje wówczas żadnych szkodliwych następstw, prócz lekkiego obrzęku w miejscu szczepienia. U niektórych zwierząt po zastrzyknięciu otrzymujemy podniesienie się ciepłoty z 37 na 38—39. Już po pierwszych próbach mogłem przekonać się, że szczepienie koniom można uskuteczniać stopniowo dosyć szybko powiększając dawkę toksyn. Za miarę postępowania służyło mi zachowanie się i waga koni obok objawów miejscowych u nich spostrzeganych. W ogóle szczepienia robiono co drugi i trzeci dzień, niekiedy rzadziej; szczepienia wykonywałem w następujący sposób:

1) 1. dzień wstrzyknięto 1 cm.^{3} toksyn, obrzęk dosyć duży, ciepłota niepodniesiona.
2) 4. dzień 2 cm.^{3}, obrzęk spory znika po dwóch dniach.
3) 7. dzień 2 cm.^{3}
4) 11. dzień 4 cm.^{3}
5) 13. dzień 8 cm.^{3}, obrzęk niezbyt duży.
6) 15. dzień 10 cm.^{3}, waga konia nieco spadła.
7) 18. dzień 12 cm.^{3}
8) 20. dzień 12 cm.^{3}
9) 22. dzień 12 cm.^{3}
10) 26. dzień 12 cm.^{3}, obrzęk bardzo nieznaczny.
11) 30. dzień 14 cm.^{3}
12) 34. dzień 16 cm.^{3}, waga konia się zwiększa, próba surowicy wykazuje znaczną siłę antytoksyczną.
13) 37. dzień 24 cm.^{3}, obrzęk spory, bochenkowaty.
14) 41. dzień 24 cm.^{3}, obrzęk nieznaczny.
15) 43. dzień 30 cm.^{3}, obrzęk nie duży, surowica wykazuje b. znaczną siłę antytoksyczną.
16) 45. dzień 30 cm.^{3}
17) 47. dzień 45 cm.^{3}, obrzęk spory, ciepłota normalna.
18) 50. dzień 50 cm.^{3}
19) 54. dzień 60 cm.^{3}, obrzęk znika na drugi dzień.
20) 60. dzień 60 cm.^{3}
21) 64. dzień 75 cm.^{3}
22) 68. dzień 80 cm.^{3}
23) 72. dzień 100 cm.^{3}, obrzęk nie duży znika szybko

i t. d. obecnie t. j. po 4-ch miesiącach ilość toksyn wstrzykiwanych wynosi 350 cm.^{3} i w celu podwyższenia siły surowicy musi być wciąż powiększaną.

Godną uwagi jest okoliczność, że surowica z tego konia niezwykle szybko była silnie antytoksyczną. 34-go dnia po rozpoczęciu szczepień już można było otrzymać surowicę około 10 razy silniejszą od normalnej.

Po dalszych dwu tygodniach siła surowicy szybko wzrosła do cyfry prawie odpowiadającej sile surowicy Roux'a i Behringa Nr. 1. Od tego czasu wzrastanie odbywa się stopniowo i siła surowicy dochodzi już do 1000 jednostek w 10 cm.^{3}.

Nie wszystkie konie zachowują się w ten sposób. Drugi koń w Krakowie oraz trzy konie w Warszawie, których uodpornianiem zajęci jesteśmy z kol. Palmirskim, dały w tym czasie surowicę słabszą; siła jej powiększyła się dopiero przy dawkach toksyn wynoszących 250—400 cm.^{3} i wzrosła obecnie również do tysiąca jednostek w 10 cm.^{3}, częściowo zaś nawet znacznie przewyższyła tę cyfrę.

Wypada zaznaczyć, że konie poddane zostały próbie z malleiną; nie okazały one po zastrzyknięciu malleiny ani ogólnej ani miejscowej reakcyi. Koni warszawskich jako pozostających przez długi czas w jednych rękach u prywatnego właściciela pod ciągłą obserwacyą, przytem bardzo silnych, wyjątkowo zdrowych, próbie malleinowej nie poddano.

Po pierwszych szczepieniach widoczna była u koni utrata na wadze; po kilku injekcyach można było jednak dostrzedz coraz krócej trwający odczyn miejscowy i przybytek na wadze tak, iż można było łatwo powiększać ilość wstrzykiwanych toksyn.

Puszczanie krwi w celu zebrania surowicy odbywa się za pomocą trójgrańca Collin'a. Po wyjałowieniu tego przyrządu w parowarze i oczyszczeniu miejsca operacyi na szyi konia 2% fenolem, wkłuwam trójgraniec pod skórę a następnie przebijam uciśniętą od dołu żyłę szyjną *(vena jugularis)*. Krew wypływa strumieniem do wyjałowionych dużych kolb Erlenmeyera. Po ustaniu się około skrzepu włóknikowego, co następuje w 2—3 dni, otrzymujemy bardzo klarowną surowicę; jest ona nieco więcej zabarwiona, gdy ją przedtem odwłókniono. W celu dłuższego przechowania dodaję nieco chloroformu; dotąd nie stosowałem dodatku fenolu, którego trzeba by starać się o ile możności unikać ze względu na możliwość ubocznego działania. Stosuje się to mianowicie do surowicy słabszej, którą trzeba wstrzykiwać w ilości 20 cm.³. Wprowadza się wówczas około 0·1 fenolu, co dla ustroju dziecka może być nieobojętne.

Mała ilość chloroformu, jaka rozpuszcza się w surowicy, jest o ile stwierdziliśmy na kilkunastu przypadkach, zupełnie obojętną miejscowo i ogólnie.

Po ustaniu zlewa się surowicę do flaszek wyjałowionych parą w 120° C. i zakorkowywa w tenże sposób wyjałowionym korkiem.

Dotychczas nie dostrzegliśmy przy stosowaniu tak zbieranej surowicy żadnego ubocznego działania miejscowego.

W tej chwili nie mogę dotykać wpływu leczniczego naszej surowicy. W ogólności tylko zaznaczyć mogę widoczne działanie, nieustępujące innym gatunkom surowicy, stwierdzone przez profesora Jakubowskiego, Drów Raczyńskiego i Słapę w Krakowie a przez kol. Malinowskiego w Warszawie. Będzie to zadaniem osobnej pracy.

Należy nadmienić, że działanie korzystne, występujące przy surowicy, zależy, jak to Roux zaznacza, od wstrzyknięcia odrazu dostatecznej ilości surowicy. W tym celu należy stosować u dzieci starszych nad 12 miesięcy niemniej od 1000 jednostek, czyli 2 flaszeczki surowicy Behringa Nr. 1, albo 1 flaszeczkę Nr. 2 Behringa, lub Rouxa. To samo stosuje się i do naszej surowicy, która mniej więcej odpowiada Nr. 2 Behringa. U dzieci młodszych i w przypadkach świeżych można stosować mniej a więc tylko jedną flaszeczkę, (względnie pół flaszeczki).

To też, gdy z początku w Krakowie stosowano dawki zamałe, widzieć było można wpływ surowicy tylko w słabszych przypadkach i śmiertelność była z początku znacznie większa.

Przytoczyć również należy, że niektóre rodzaje surowicy dają częściej od innych występujące po kilku dniach wysypki, które jakkolwiek przebiegają bez szkodliwych następstw, są jednak nieprzyjemnym objawem. Jeden z naszych koni szczególnie się tem odznaczał, tak iż musieliśmy zaprzestać używać jego surowicy.

Surowica nigdy nie daje objawów miejscowych, dzięki temu, że otrzymuje się ją bez żadnych zanieczyszczeń. Ażeby nic obcego przy szczepieniu nie wprowadzić, coby mogło sprowadzić ropień, należy strzykawkę, jak również i miejsce wkłucia oczyścić stosownie. W tym celu powierzchnię skóry w miejscu szczepienia na biodrze lub brzuchu należy starannie obmyć 2% roztworem fenolu, strzykawkę zaś najlepiej wygotować w wodzie, lub przepłukać wodą gorącą i alkoholem, lub 2% fenolem. Po użyciu, również należy ją oczyścić w podobny sposób. W ten sposób unikniemy miejscowych komplikacyj. Nie od rzeczy, sądzę dodać, że ręce przed zastrzykiwaniem umyć należy tak, jak przed każdą operacyą.

III. Przyczynek do nauki o nagłej śmierci osesków.

Podał

Doc. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

Odwołując się do tych ostatnich właśnie przypadków, przypomnę przypadek, który w roku ubiegłym stał się powodem dyskusyi w towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem[13]). Schnitzler, asystent kliniki chirurgicznej Alberta, doniósł o przypadku wyłuszczenia wola z powodu choroby Basedowa. Po szczęśliwem dokonaniu zabiegu, trwającego blisko 2 godziny, chora przebudziła się z narkozy, przez kwadrans okazywała zupełną euforyę, gdy nagle twarz jej zbladła, oddechanie ustało i nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała utrzymaną grasicę, nadto wąskość układu tętniczego, powiększenie follikułów w gardle i jelitach. Za przyczynę śmierci przyjęto *status thymicus*.

R. Paltauf zwrócił uwagę w dyskusyi nad tym przypadkiem na względną częstość nagłej śmierci u ludzi z powiększeniem, względnie utrzymaniem grasicy, wspomniał o wynikach badań brata swego nad tem zjawiskiem, wreszcie oświadczył, iż nie ma najmniejszej anatomicznej podstawy do upatrywania związku przyczynowego między nagłą śmiercią a powiększeniem, względnie zachowaniem w późniejszym wieku grasicy, zwłaszcza, iż histologiczne poszukiwania Schaffera nie wykazały w zachowanych w późniejszym wieku grasicach tkanki gruczołowej, tylko tkankę tłuszczową.

Rozpatrując bliżej przypadek Schnitzlera, przychodzi mi na pamięć bardzo doń podobny przypadek z oddziału profesora Obalińskiego, o którym szczegółowo wspomniałem w swych spostrzeżeniach nad narkozą[14]). W tym przypadku przebudził się po zabiegu, wykonanym celem usunięcia kostniaka szczęki dolnej, 16-letni młodzieniec, siedział o własnej sile przy zakładaniu opatrunku, nagle zbladł, ustało oddechanie i nastąpiła śmierć. Sekcya przyczyny śmierci nie wykazała, znaleziono tylko grasicę, ważącą 22 grm. i obrzęk płuca. Przypadek powyższy tłómaczyłem wedle Richardsona wstrząsem.

Zastanawiając się nad tymi powyżej omówionymi przypadkami, budzi się mimowoli chęć przychylenia się do teoryi o przeroście grasicy, jako przyczynie nagłej śmierci. W istocie dziwną wydaje się owa częstość nagłej śmierci u osób mających w późniejszym wieku grasicę. Przyznać trzeba, iż stoimy wobec zagadki tem trudniejszej do rozwiązania, iż nie znamy jeszcze czynności i przeznaczenia grasicy.

Korzystając z materyału łaskawie sobie udzielonego przez czcigodnego pana rektora prof. Browicza, jakoteż i z ma-

---

[13]) Sitzung der k. k. Gesellschaft d. A. i. Wien am 11. Mai 1894.

[14]) Spostrzeżenia nad narkozą i t. d. Zestawił Dr. Wachholz. Przegl. lek. 1891. Toż samo Langenbecks Archiv. Bd. 43. H. 2.

teryału zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jagiel., rozpocząłem poszukiwania w przeznaczonej sprawie już przed dwoma laty, które jednak musiałem przerwać niezależnie od swej woli. Stale zwracałem uwagę na częstość pojawiania się powiększonej grasicy u osesków, na jej topograficzne stosunki, przy równoczesnem uwzględnianiu przyczyny śmierci.

Spostrzeżenia moje opierają się na materyale obejmującym 48 zwłok, na które przypada 20 noworodków częścią donoszonych, częścia niedonoszonych a zaledwie troje dzieci w wieku przekraczającym rok, t. j. dwoje liczących $1^1/_2$ roku a jedno dwuletnie. W 13-tu przypadkach przekraczała grasica tak swymi rozmiarami jak i ciężarem normę.

Najniższy ciężar w tych 13-tu przypadkach wynosił 12 grm. u 6-tygodniowego dziecka płci męskiej, zresztą ciężar wynosił 13 grm. u 10-miesięcznego dziewczęcia, 14 grm. u 5-miesiecznego chłopca, 15 grm. u noworodka żeńskiego i u 11-miesięcznego dziewczęcia, 16 grm. u noworodka zmarłego w 4 godziny po urodzeniu i u 6-tygodniowego chłopca, 26 grm. u noworodka żeńskiego i u $1^1/_2$ rocznego chłopca, 23 grm. u $1^1/_2$ rocznego dziewczęcia, 27 grm. u 9-miesięcznego chłopca, $27^1/_2$ grm. u 2-letniego chłopca i 35 grm. u 3-miesięcznego chłopca. Z wyjątkiem trzech przypadków, wykazała sekcya w pozostałych dostatecznie przyczynę śmierci tak, iż nie zachodziła potrzeba uciekania się do obwiniania przerostu grasicy o przyczynę śmierci, zwłaszcza, że i brak płynności krwi a obecność skrzepów przemawiała za śmiercią powolną a nie nagłą. W jednym z tych pozostałych 10 przypadków była tchawica w wymiarze z przodu w tył spłaszczona tak, iż wobec powiększenia grasicy (16 grm.) zachodziło podejrzenie uciśnięcia tchawicy. Tymczasem wykazały wywiady, że dziecię to a raczej noworodek zmarł w 4 godziny po ciężkim porodzie, że w przypadku tym musiano z powodu ścieśnienia miednicy matki wykonać obrót na nóżki i ręczne dobycie płodu a ponieważ przejście główki sprawiało trudności, przeto wykonywano silne trakcye, przy których szyja płodu mocno się naciagała. Inny z owych 10 przypadków zasługuje również na uwagę, jakkolwiek z odmiennego powodu. Przypadek ten tyczył się ośmiomiesięcznego płodu urodzonego przedwcześnie z matki, która uległa zaczadzeniu. Grasica ważyła 17 grm. a sekcya wykazała liczne wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe ciemnego zabarwienia i krew ciemna mazistą.

Wiadomo, że nie wszystkie trucizny zażyte przez matkę udzielają się płodowi, że przejście trucizn z ustroju matki do płodu zależy głównie od zdolności dyfuzyjnej danego przetworu. Otóż badania doświadczalne, wykonane przez Hofmanna i Ludwiga, jakoteż i spostrzeżenie Falka [15]) wykazały wbrew doświadczeniom Fehlinga, iż CO nie przechodzi z matki do płodu. Ścisłe badanie widmowe krwi płodu w naszym przypadku nie wykazało za to śladu CO, toż samo badanie widmowe mięśni klatki piersiowej, wykonane w myśl F. Falka [16]).

W dalszych dwóch przypadkach wykryto dur brzuszny, jako przyczynę śmierci. Oba te przypadki zasługują z tego względu na uwagę, że tyczą się 5 i 9-miesięcznych chłopców a jak wiadomo, wydarza się dur brzuszny u dzieci w pierwszym roku życia bardzo rzadko [17]). Obraz anatomiczny był typowy; mianowicie znaleziono obrzęk śledziony, różyczkę na skórze brzucha i klatki piersiowej, naciek rdzeniasty w kępkach Peyera i ostre obrzmienie gruczołów kreskowych i zaotrzewnowych.

W trzech przypadkach nagłej śmierci u $1^1/_2$ rocznej dziewczynki, 2-letniego i 6-tygodniowego chłopczyka, w których zarządzono sekcyę policyjno-sanitarną, nie wykryto przyczyny zejścia śmiertelnego. Wywiady co do okoliczności, w których śmierć nastąpiła, były bez znaczenia. W pierwszym z nich prócz powiększenia grasicy, (9 cm. długa, 5 cm. szeroka, 1·5 mm. największa grubość, ciężar $27^1/_2$ grm.) znaleziono liczne wynaczynionki pod opłucną i pod osierdziem, powiększenie śledziony i gruczołów limfatycznych, płynną krew i przekrwienie płuc miernego stopnia. Tchawica była prawidłowa, nigdzie nie uciśnięta, płuca wszędzie powietrzne nie okazywały w częściach sąsiadujących z grasicą niedodmy.

Wobec tego wyniku sekcyi wykluczoną była możliwość ucisku tchawicy jako przyczyny śmierci, natomiast przemawiała całość obrazu za uduszeniem. Czy jednak uduszenie to nastąpiło z przyczyn, o których wspomina Vibert, czy też wywołało śmierć powiększenie grasicy w inny sposób, jak przez ucisk na tchawicę, czy też wreszcie należało szukać przyczyny śmierci nagłej w tak zwanym przez Paltaufa *status thymicus*, zwłaszcza, iż cały układ limfatyczny przedstawiał u dziecięcia obraz hiperplazyi, nie można było rozstrzygnąć, a ponieważ zasada sądowo-lekarska głosi *in dubiis mitius*, przeto brzmiało orzeczenie, iż nic nie przemawia przeciw przypuszczeniu naturalnej śmierci, do której powiększenie całego systemu limfatycznego i grasicy przyczynić się mogły.

Drugi przypadek tyczył się $1^1/_2$ rocznego dziewczęcia, u którego grasica ważyła 23 grm., długość jej 8 cm., szerokość 4·5 cm., największa grubość 1·5 cm. W tym jednak przypadku wykazano nadto wybitne ślady krzywicy (różaniec), było mało wynaczynionek pod opłucną, pod osierdziem zaś wcale ich nie było.

W trzecim przypadku (6-tygodniowy chłopiec), w którym również jak w poprzednich wykonano sekcyę policyjno-sanitarną, wynosił ciężar grasicy 12 grm., długość jej 5 cm., szerokość 4 cm., grubość 1 cm. Zmian żadnych nie znaleziono, nawet wynaczynionek pod opłucną, gruczoły chłonne były powiększone, krew płynna.

Zatem w 3 tych przypadkach spotkaliśmy się z nagłą śmiercią, której zagadkowa przyroda nie dała się wyjaśnić na podstawie obdukcyi, jedynie tylko przez przyjęcie owego zresztą nie wiele tłómaczącego *status thymicus*.

Z tych zawcześnie przerwanych poszukiwań wynika, że:

1) u dzieci w pierwszych okresach życia wydarza się śmierć nagła, której przyrody sekcya nie jest w stanie wyjaśnić z przyczyny, iż nie wykazuje.

2) że prócz płynności krwi, znamion śmierci z uduszenia, których często nawet brakuje, dostrzega się powiększenie mniej lub więcej wybitne grasicy i układu limfatycznego.

3) że ucisk grasicy na tchawicę lub płuca jest wykluczony.

W jaki zaś sposób przychodzi do zejścia śmiertelnego, czy się doń przyczynia ów *status thymicus*, czy śmierć jest wynikiem zatamowania czynności ośrodków, ważnej dla życia, jak to tłómaczy Vibert, pozostaje zagadką, której wyjaśnienie, co najmniej, trzeba pozostawić dalszym spostrzeżeniom i badaniom.

---

[15]) Lehrb. d. ger. Med. von Hofmann. VI. A. 1893.
[16]) l. c.
[17]) Eichhorst: Hbch. d. spec. Path. u. Therapie.

Dla lekarza sądowego wystarczy wiedzieć o podobnych przypadkach, aby w danym razie nie zapuszczał się zbyt daleko w domysły, mogące wyjść na niekorzyść niewinnemu, a na ujmę sprawiedliwości.

Przy sposobności powyższych badań dostrzegłem w niektórych przypadkach w grasicy stan przeciwny temu, o jakim była dotąd mowa.

W roku zeszłym ogłosił Seydel [18]) przyczynek do dyagnostyki śmierci z wygłodzenia u dzieci. Widział on w podobnych przypadkach znaczne pomniejszenie a nawet zupełny a przedwczesny zanik grasicy. Zdaniem jego stanowi grasica rodzaj spichlerza, w którym się gromadzi materyał zapasowy do odżywiania ustroju. Gdy grasica bywa dobrze rozwinięta u dzieci dobrze odżywionych, to u głodzonych, niewłaściwie odżywianych jest ona w stanie zaniku. Już sam Seydel przyznaje, że zmiana przezeń dostrzeżona zyska wówczas na znaczeniu dyagnostycznem dla śmierci z wygłodzenia (a wiadomo, iż byłoby to bardzo pożądane wobec nicości dotychczasowej dyagnostyki), jeżli się okaże, iż inne zaburzenia ustroju jej nie wywołują. Otóż moje spostrzeżenia wykazały w 5 przypadkach w zwłokach dzieci liczących dwa razy po miesiącu, raz 6 tygodni, raz 2 miesiące a raz $2^1/_2$ miesiąca, zanik grasicy znacznego stopnia, tak, iż grasica ważyła gram a najwyżej 2 gramy. We wszystkich tych przypadkach wykazała sekcya przewłoczny nieżyt jelit często z wybitnym ogólnym zanikiem (*atrophia infantilis*). Natomiast ważyła grasica 35 grm. u 2-miesięcznego chłopca, który zmarł z choroby zakaźnej, osutkowej, za czem przemawiało łuszczenie się przyskórka na całem ciele i wykazane przez sekcyę zmiany, jak ostry obrzęk śledziony, świeże zapalenie nerek, ostry nieżyt oskrzelowy i obrzęk mózgu.

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Divergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,
asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Jako szczególne znamiona tej choroby podaje Besnier następujące: 1) Zrogowacenie warstw przyskórkowych w miejscach odpowiadających mieszkom (*folliculi*), 2) wytwarzanie się wielkiej ilości łusek, 3) zaczerwienienie skóry obfitej w dosyć głębokie bruzdy wskutek nacieku w warstwach głębszych, jednem słowem obraz chorobowy, który na pierwszy rzut oka trudno odróżnić od dawnej *folliculitis rubra* Wilsona, lub od *hyperkeratosis follicularis* Kaposiego. Zupełnie taksamo opisuje Besnier swoją *xerodermie pilaire erythémateuse*, a Brocq swoją *keratosis pilaris rubra*. *Pityriasis rubra pilaire* (Divergie-Richaud-Besnier) oddzielono od poprzednich typów chorobowych chyba tylko dlatego, że w charakterystyczny sobie sposób lokalizuje się na dłoniach i podeszwach, czego nie uważano w odmianach wyżej wymienionych. Obraz chorobowy *pityriasis rubra pilaris* (Divergie-Richaud-Besnier) jest zwykle następujący; *pityriasis capitis* niepołączona z wypadaniem włosów w znaczniejszej liczbie; skóra twarzy napięta, pokryta łuskami, czasami w tak wielkiej ilości, iż robią wrażenie białej maski, ciało pokryte guzkami twardymi, barwy od szarej do brunatno czerwonej, z których każdy jest przebity włosem, co się szczególniej uwydatnia na falangach palców po stronie wyprostnej. Na dłoni i podeszwie silna eksfoliacya przyskórka. Paznogcie są również często siedzibą choroby, chociaż zwykle w niezbyt wysokim stopniu. Przebieg choroby nader przewlekły, rokowanie co do życia zawsze dobre.

Że rozpoznanie choroby tej przedstawia niepospolite trudności, nie ulega wątpliwości, skoro klinik tej miary, jak Kaposi do dziś dnia bierze ją za jedno ze swoim *lichen ruber accuminatus*, czyli podług niego z *lichen ruber* Hebry. Dało to powód do bardzo żywej dyskusyi na zjeździe dermatologów w Paryżu w r. 1889 i od tego czasu ciągle odzywają się głosy potępiające branie obu tych chorób za jedną a to z powodów bardzo słusznych.

Podczas pobytu swego w Paryżu obserwowałem w *l'Hôpital Saint-Louis* 7 przypadków *pityriasis rubra pilaire* (Divergie-Richaud-Besnier); z tych 4 w *consultation externe*, 2 u Hallepeau'a a 1 w klinice Besniera. Były to typowe przypadki przedstawiające wszystkie objawy, cechujące tę chorobę, u osób przeważnie młodych, zresztą zupełnie zdrowych i dobrze odżywionych. Że *pityriasis rubra pilaire* jest zupełnie podobną do *lichen ruber accuminatus Kaposi*, to nie ulega wątpliwości i dziwić się nie można autorom, którzy twierdzą, że Kaposi opisując swój *lichen ruber accuminatus* nie opisuje nic innego, jak tylko właśnie *pityriasis pilaire* a nie *lichen ruber* Hebry. Ponieważ od czasów Hebry nikt nie obserwował już podobnie ciężkich przypadków, jak owe 14 zakończonych śmiercią, które tenże autor opisał jako *lichen ruber*, przeto nikt stanowczo sprawdzić nie jest w stanie, czy przypadki opisywane i przedstawiane jako *lichen accuminatus Kaposi* odpowiadają w zupełności sprawie chorobowej spostrzeganej za czasów Hebry.

Podług Kaposiego, przypadki jego *lichen ruber accuminatus* dlatego nie kończą się teraz śmiertelnie, ponieważ obecnie każdego chorego leczy się arszenikiem od samego początku choroby, przez co również nie przychodzi nigdy do takich objawów ogólnych, jakie cechowały przypadki Hebry. W każdym razie oświadczyć należy, że dzisiaj przypadki *lichen ruber* w formie samych guzków kończystych należą do największych rzadkości. Podczas bytności mojej przeszło dwuletniej w klinice Kaposiego nie widziałem ani jednego takiego przypadku, z formą zaś *lichen planus* spotykałem się nader często, podobnie z formą mięszaną tejże choroby.

Czy zatem bardzo wiele przypadków *lichen accuminatus Kaposi* jako takich opisanych nie odnosiło się do przypadków *pityriasis pilaris* Divergiego, tego powiedzieć nie umiem, ale że żadną miarą nie można *pityriasis rubra pilaris* brać za jedno z *lichen ruber Hebrae*, o tem nie mam najmniejszych wątpliwości. Siedm przypadków tej choroby, które obserwowałem w Paryżu, jakoteż liczne preparaty histologiczne, które porównywałem z preparatami z *lichen exudativus*, przekonały mię aż nadto, że mamy tu do czynienia z dwoma zupełnie od siebie różnemi chorobami skórnemi, które tak w przebiegu klinicznym, jakoteż pod względem swej patogenezy nic mają ze sobą nic wspólnego.

Rozpoczynając od obrazu, jaki przedstawia skóra w przypadkach *pityriasis pilaris*, spostrzegamy pewne subtelne zna-

---

[18]) Ein Zeichen d. Erschöpfungstodes durch mangelhafte Ernährung bei jungen Kindern. Vierteljschr. f. ger. Med. 1894. VII. Bd. 2. H.

miona wyróżniające tę chorobę od tak na pozór podobnej do niej pierzchnicy Hebry. Znamiona te występują szczególnie wybitnie tam, gdzie guzki zlewając się ze sobą, tworzą duże wyspy, pokryte łuszczącym się, zrogowaciałym przyskórkiem, gdzie przychodzi również do zbitszego nacieku, który w pierzchnicy Hebry tak wybitną odgrywa rolę. Wysepki różowe w *pityriasis pilaris* są zazwyczaj połysku srebrnego i sprawiają wrażenie w dotknięciu do gęsiej skóry podobne, ale nadaremnie szukamy tutaj owego *l'etat chagriné*, tego podziału na niezliczoną ilość małych pól, co przecież Hebra opisał jako jedno ze znamion właściwych swojej pierzchnicy. Łuski, pokrywające miejsce chore w *pityriasis pilaris*, dadzą się z łatwością usunąć paznogciem i to całymi płatami, warstwy zaś przyskórka, pokrywające guziczki pierzchnicy Hebry, stanowią z guziczkami niejako jedną całość, co zresztą dokładnie uwydatnia się w każdym preparacie histologicznym.

Badanie drobnowidowe wykazuje w obydwu chorobach wybitne różnice. W *lichen ruber* powstają guziczki pierwotnie w *corium*, tamże przychodzi do nacieku drobnokomórkowego, guziczki stają się coraz większe i wypierają warstwy powyżej leżące ku górze. Pochewki włosowe zmieniają swą postać cylindryczną, zamieniając się na twory stożkowate z podstawą ku górze zwróconą tak, że pomiędzy pniem włosa a częścią pochewki w uchyłku włosowym znajduje się przestrzeń wolna, pochewka robi wrażenie tutki, w której włos tkwi luźnie. Naciek komórkowy w brodawkach rozpoczyna się równocześnie z powstawaniem guziczków, t. j. w samym początku choroby. Niemal odwrotnie ma się rzecz w *pityriasis pilaris*: gdy w pierzchnicy sprawa chorobowa rozpoczyna się w *corium* i szerzy ku górze, tutaj wychodzi sprawa chorobowa z sieci M a l p i g h i e g o. Niektórzy autorowie, jak Hans Hebra, twierdzą nawet, że sprawa rozpoczyna się w przyskórku i to w warstwie rogowej, chociaż nie mogłem tego stwierdzić na żadnym z widzianych preparatów; to jednak pewne, że sprawa rozpoczyna się powyżej *corium* i że dopiero następowo przychodzi do nacieku w brodawkach i to po dłuższem trwaniu choroby. Wypustki sieci Malpighiego wkraczają nieco głębiej pomiędzy brodawki a *stratum granulosum* okazuje zawsze zmiany, najczęściej zanikowe. Podług Boecka przychodzi również zaraz w początkach choroby do zrogowacenia górnych warstw przyskórka w formie zwróconych podstawą ku górze stożków, z których każdy w środku przebity jest włosem (*circumpiläre Hornkegel*). Jeżeli więc oglądamy preparaty z *lichen ruber* w pierwszym okresie rozwoju tej choroby a następnie z *pityriasis pilaris* już bardzo długi czas trwającej, to przyznać musimy, że obrazy histologiczne w obu przypadkach są łudząco do siebie podobne; tu i tam spotykamy się z naciekiem w ciałkach brodawkowatych skóry, tak tu, jak i tam widzimy wytwarzanie się potężnych złogów zrogowaciałego przyskórka; m u s i m y w i ę c z a w s z e p o r ó w n y w a ć z e s o b ą p r e p a r a t y, w z i ę t e n i e j a k o z o d p o w i a d a j ą c y c h s o b i e o k r e s ó w c h o r o b y a wtedy napotykamy tam z pewnością różnice wyżej opisane.

Co do przebiegu choroby, jej natężenia i ostatecznie rokowania, musimy również obie te sprawy patologiczne niejako sobie przeciwstawić. *Pityriasis rubra pilaris* nie przebiega nigdy tak ostro, jak *lichen ruber*; ten ostatni dochodzi niekiedy w przeciągu kilku tygodni do rozkwitu, *pityriasis pilaris* nie osiąga nigdy *maximum* swego rozwoju w tak krótkim czasie; spotykamy wprawdzie i tutaj ostre erupcye, nie zajmują one jednak nigdy odrazu tak wielkich obszarów, jak *lichen ruber*. *Lichen ruber* sam sobie pozostawiony, prowadzi, jak już wyżej wspominaliśmy, do zaburzeń w odżywieniu i w ogóle w ekonomii organizmu, *pityriasis pilaris* zaś nie wywołuje nigdy charłactwa i pozostawiona bez leczenia wprawdzie recydywuje, ale pozwala zawsze rokować pomyślnie co do życia.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas od otwarcia oddziału, t. j. od 7. Czerwca do końca 1894 r.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell., praktykant oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Przechodząc do sprawozdania z ruchu ambulatoryjnego naszego oddziału, przytaczam również, że obejmuje ono czas od 7. Czerwca zaczawszy. W pierwszych miesiącach ruch był bardzo mały, po części dlatego, że nie wszystkim wiadomem było, iż na oddziale naszem udziela się porady w chorobach górnych dróg oddechowych, po części do tego nieznacznego ruchu przyczyniały się miesiące letnie. Mimo tego z końcem roku mieliśmy 184 chorych a przejrzenie niżej przytoczonych przypadków wykaże, iż nie brak nam było przypadków zajmujących, jakiemi nie każde sprawozdanie, choć imponujące wielkością cyfry, może się poszczycić.

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
Rhinitis chronica simplex	2	1	3
Rhinitis chronica atrophica	1	1	2
Rhinitis chronica hypertrophica	2	2	4
Rhinitis hypertrophica polypoides	2	1	3
Polypi narium	4	2	6
Empyema cellularum ethmoidalium	—	1	1
Deviatio septi	1	—	1
Epistaxis	2	1	3
Tuberculoma nasi	—	2	2
Catarrhus cavi pharyngo-nasalis	1	1	2
Rhinitis, pharyngitis chronica	4	1	5
Rhinitis, pharyngitis, laryngitis chronica	3	4	7
Pharyngitis chronica granulosa	5	4	9
Pharyngitis chronica sicca	3	3	6
Angina follicularis	5	1	6
Pharyngomykosis benigna	1	—	1
Abscessus peritonsillaris	4	6	10
Hypertrophia tonsillarum	2	4	6
Vegetationes adenoidales	2	1	3
Abscessus retropharyngealis	—	1	1
Diphtheritis faucium	1	1	2
Croup laryngis	3	1	4
Laryngitis acuta	2	1	3
Laryngitis chronica	5	3	8
Pharyngitis, laryngitis chronica	5	4	9
Paresis hysterica	—	1	1
Polypus laryngis	2	1	3
Chorditis tuberosa	1	1	2
Fibroma laryngis	1	—	1
Papillomata laryngis	3	2	5
Tuberculosis laryngis	8	6	14
Lues pharyngis secundaria	—	3	3

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
Lues pharyngis et laryngis secundaria	1	1	2
Lues laryngis secundaria	4	—	4
Lues tertiaria nasi, pharyngis et laryngis	—	1	1
Lues tertiaria pharyngis	4	1	5
Lues tertiaria laryngis	—	2	2
Perichondritis laryngea	4	—	4
Scleroma	6	5	11
Lupus mucosae narium, cavi oris, pharyngis et laryngis	—	1	1
Paralysis nervi recurrentis	2	2	4
Compressio tracheae e struma	2	2	4
Corpus alienum in oesophago	1	1	2
Stenosis oesophagi carcinomatosa	3	—	3
Carcinoma laryngis	1	—	1
Carcinoma tonsillae	1	—	1
Sarcoma cavi pharyngo-nasalis inoperabile	1	—	1
Sarcoma palati mollis	1	—	1
Tabes dorsalis	1	—	1
	107	77	184

Przypadki przewlekłych nieżytów nosa z przerostem błony śluzowej leczono galwanokauterem, części przerosłe usuwano pętlą.

W sześciu przypadkach polipów nosa, dwa razy mieliśmy polipy znacznych rozmiarów zwieszające się do jamy noso-gardłowej, które wydobyto oba razy w całości od tyłu, po znieczuleniu 20% kokainą, za pomocą odpowiedniej pętli.

Przypadkowi ropienia z *cellulae ethmoidales* towarzyszyły polipy i pęcherze kostne, które usunięto pętlą a następnie odpowiednio zakrzywioną ostrą łyżeczką zniszczono zajęte *cellulae ethmoidales*, uzyskawszy zupełne wyleczenie ropienia.

W przypadkach krwawienia z nosa ograniczano się do samego tamponowania.

Dwa przypadki pierwotnej gruźlicy nosa t. zw. *tuberculoma nasi*, jak niemniej trzeci przypadek spostrzegany w roku bieżącym, leczono częścią drogą krwawą, częścią przepalaniem zgęszczonym kwasem mlekowym, uzyskawszy we wszystkich tych przypadkach znaczną poprawę. (Przypadki te obszernie ogłoszone zostaną).

Przypadek *pharyngomycosis benigna* (pod mikroskopem wykazano obecność grzybka *leptothrix buccalis*) zajmującej oba migdałki i torebki mieszkowe na korzeniu języka leczono usuwaniem grzybka siedzącego głęboko w mieszkach za pomocą ostrych szczypczyków z następowym wcieraniem w miejsca zajęte 1% roztworu wyskokowego sublimatu.

We wszystkich 10 przypadkach ropni w tkance dokoła migdałka otworzono ropnie, stosując obok tego ciepłe płukania z naparu korzeni ślazowych.

Przerosłe migdałki usuwano za pomocą tonzylotomu Mathie'go; trzy przypadki wyrośli adenoidalnych operowano częścią szczypczykami, częścią nożykiem pierścieniowatym Gottsteina, dając pierwszemu sposobowi pierwszeństwo; zabiegi te ostatnie wykonywano bez miejscowego znieczulenia.

Ropień tyło-połykowy dostał się do nas z chwilą samoistnego przebicia się ropy tak, iż rozszerzono jedynie otwór, zyskując wkrótce wyleczenie.

Dwa przypadki błonicy gardła jak niemniej 4 przypadki krupu krtani, tyczyły się dzieci, które z odpowiednem rozpoznaniem, odesłano do szpitala św. Ludwika.

Jedenaście przypadków nowotworów łagodnych krtani usuwano szczypczykami Pieniążka.

W 14-tu przypadkach gruźlicy krtani, ze względu na rozległość cierpienia nie można było stosować zabiegów chirurgicznych, ograniczono się tedy do leczenia symptomatycznego, względnie miejscowego, polegającego na zadmuchiwaniu jodolu lub przypalaniu po znieczuleniu kokainą zgęszczonym kwasem mlekowym.

W przypadkach zmian kiłowych drugorzędnych obok leczenia ogólnego stosowano miejscowo 1% roztworu sublimatu, względnie 10% kamienia piekielnego *in substantia*, mając bardzo dobre wyniki z leczenia miejscowego. W przypadkach kiły trzeciorzędnej ograniczano się jedynie do leczenia ogólnego, w jednym zaś przypadku, gdzie z powodu przyrośnięcia podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardła był nieznaczny otwór, stanowiący komunikacyę między jamą noso-gardłową a gardłem, przez co tak mowa jak i oddechanie przez nos były bardzo upośledzone, rozszerzono otwór na boki galwanokauterem, przez co poprawiła się mowa a oddechanie mogło odbywać się prawidłowo.

Ze czterech przypadków zapalenia ochrzęstnej krtani 2 przyjęto do naszego oddziału, jeden przysłany nam był do rozpoznania z oddziału wewnętrznego, inny wreszcie usunął się od obserwacyi.

Jedenaście przypadków twardzieli spostrzeganych ambulatoryjnie zasługują o tyle na uwagę, iż w jednym z nich obok zmian w nosie, jamie noso-gardłowej i gardle, mieliśmy zmiany w tchawicy przy zupełnie prawidłowej krtani (S. L. G., l. 24, z Wielkich Mostów w Królestwie Polskiem). W przypadku tym było nawet dość znaczne zwężenie tchawicy, gdy jednak choremu oświadczono, iż należy wykonać operacyę, usunął się od obserwacyi tak, iż o dalszych losach tego chorego nic nam nie wiadomo. Dwa razy zmiany ograniczały się do nosa i jamy noso-gardłowej, wywołując zwężenie nosa, które oba razy drogami naturalnemi usunięto. W pozostałej liczbie przypadków były zajęte całe górne drogi oddechowe aż po tchawicę i tu obok zmian w krtani znowu cztery razy zapisano *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, podczas gdy zmiany w pozostałych przypadkach były więcej rozlane.

Przypadek pierwotnego liszaja żrącego *(lupus)* błony śluzowej bez zmian podobnych na skórze, tyczył się kobiety A. T., lat 31. liczącej z Wieliczki; zmiany były tak rozległe, iż o leczeniu właściwem mowy być nie mogło a jedynie celem poparcia rozpoznania badaniem mikroskopowem, wydobyto kawałki z nosa, podniebienia, gardła, korzenia języka i nagłośni, mogąc we wszystkich tych częściach wykazać typowe zmiany. Chora ta przez długi czas pokazywała się na naszem ambulatoryum, przebieg liszaja żrącego był dosyć pomyślny, gdyż guzki częściowo wypadały, gojąc się następnie z wytworzeniem blizn, z powodu tych ostatnich jednak komunikacya między jamą gardła a jamą noso-gardłową zmniejszyła się bardzo tak, iż oddechanie przez nos stało się utrudnionem a mowa niewyraźną.

Przypadki porażenia nerwu wzrotnego 2 razy miały swą przyczynę w ucisku przez wól, raz porażenie nerwu lewego było z powodu tętniaka tętnicy głównej, przyczem obserwować można było udzielanie się wstrząśnienia tchawicy, które rozciągało się aż do struny głosowej; ostatni przypadek wreszcie był po strumektomii. Przypadek wola z ugnieceniem tchawicy odesłano do oddziału chirurgicznego.

Z ciał obcych mieliśmy dwa i to jedynie w gardzielu, raz moneta miedziana (4 centy) a raz kość z kawałkiem mięsa, oba razy ciała obce wydobyto koszyczkiem Greefego. Przy zwężeniach gardzieli z powodu raka stosowano dylatacyą.

Przypadek raka krtani i raka migdałka odesłano do oddziału chirurgicznego.

W przypadkach niedającego się operować mięsaka podniebienia miękkiego, gdy po raz drugi chory zgłosił się na ambulatoryum już w roku 1895, z powodu znacznego powiększenia się nowotworu, który opadłszy ku tyłowi znacznie utrudniał oddechanie, musiano chorego przyjąć do oddziału celem wykonania tracheotomii, poczem chory z kaniulą szpital opuścił.

Wreszcie w przypadku wiądu pacierzowego u mężczyzny 40-letniego S. K., obserwowaliśmy drganie chrząstki nalew-

kowej prawej podczas oddechu, ustępujące z chwilą fonacyi, przy której ruchomość obu więzadeł była zupełnie prawidłowa.

Przeglądając te ostatnie kartki sprawozdania naszego, widzimy, że nawet praca na materyale ambulatoryjnym polegała głównie na zabiegach chirurgicznych tak, iż pomocy operacyjnej udzielono razem w 61 przypadkach. Z wykazu tego widzimy, iż oddział laryngologiczny odpowiadał rzeczywistej potrzebie, czego także dowodzi powiększanie się coraz znaczniejsze liczby chorych przychodnich.

Toksykologia.

Haberda: Zgorzel skóry stóp po podostrem zatruciu fosforem.

Do kliniki położniczej prof. Chrobaka przyjęto 21-letnią dziewczynę z powodu poronienia. Już po upływie kilku godzin od chwili przyjęcia chorej, poczęła się ona uskarżać na bóle w nogach, nadto wystąpiła żółtaczka i osłabienie akcyi serca. Przednia powierzchnia obu nóg aż po palce była sina chłodna i na dotyk czuła. Następnego dnia śmierć wśród objawów silnego zapadu. Sekcya zwłok dokonana przez prof. Hofmanna wykazała typowy obraz podostrego otrucia fosforowego a nadto zgorzel skóry grzbietu stóp po palce. Badanie naczyń krwionośnych wykazało w żyłach stóp skrzepy wiotkie, nie połączone z ścianą, barwy bronzowo-czerwonej. Badanie moczu wykazało ślad białka a brak cukru. W treści jelita grubego wykazano sposobem Dusarta, Blondlota fosfor. Przy mikroskopowem badaniu skóry zgorzelą dotkniętej dostrzeżono obok zupełnej stazy w naczyniach włosowatych tu i owdzie w tkance, zwłaszcza około naczyń wybroczyny. Przypadek podobny do opisanego ogłosił w r. 1882. Ehrlich; w Wiedniu zaś w ciągu zeszłego roku wydarzyły się prócz powyższego jeszcze dwa podobne przypadki zgorzeli skóry, z których jeden ogłasza prosektor szpitala Franciszka Józefa Dr. Kreutz, o drugim zaś, sekcyonowanym przez prof. Paltaufa w szpitalu Rudolfa wspomina dodatkowo autor. Tę dotąd rzadko opisywaną zmianę (znaną zaledwie w literaturze z wymienionych wyżej czterech przypadków), tłómaczy autor raz osłabieniem czynności serca w skutek zwyrodnienia jego ścian, przez co muszą powstać stazy żylne zwłaszcza w dolnych kończynach, powtóre zmianą składu krwi, mianowicie zmniejszeniem się ilości ciałek białych, być może w skutek ich rozpadu, co znów ułatwia tworzenie się zakrzepów, wreszcie zwyrodnieniem samych ścian naczynnych. Zgorzel skóry nie przedstawiała w powyższych przypadkach obrazu ostatecznego, ponieważ w przypadkach podostrego otrucia fosforem nastaje szybko śmierć. W końcu czyni autor słuszną uwagę, że doświadczalne wywody Corina i Ansiaux, jakoby w przypadkach podostrego otrucia fosforem krew była zawsze płynna, nie zgadzają się z prawdą, gdyż bardzo często można w tych przypadkach znaleść wiotkie skrzepy krwi w sercu i wielkich naczyniach. *(Friedrich's Bl. f. ger. Med.* 1895. Zeszyt 1). *Wachholz.*

Chirurgia.

A. Bier: O okrężnym szwie jelita.

W roku 1889. wzbogacił autor liczny szereg metod szycia jelit własną metodą, z której przy doświadczeniach na zwierzętach był zadowolonym. W niniejszej pracy przyznaje się z całą szczerością, iż metody swej niestety dwukrotnie użył u ludzi. Obaj chorzy umarli a w jednym przypadku tylko szew był przyczyną śmierci. W skutek tego zarzucił wszelkie inne metody i zaczął zakładać tylko zwykły szew Lemberta. Obecnie opisał 14-cie historyj chorych, u których 15-cie razy po resekcyi zakładał szew Lemberta. Stracił tylko dwóch chorych, ale w żadnym przypadku nie był przyczyną śmierci szew, jeden chory bowiem zginął w skutek krwotoku w kilkanaście godzin po operacyi, drugi w skutek ropnego zapalenia otrzewny. Sekcya wykazała, iż szew w obu przypadkach trzymał dobrze. Do szycia używa autor igieł Hagedorna i jedwabiu Tournera; bardzo cienkich igieł i zbyt cienkiego jedwabiu nie radzi używać.

Jakkolwiek praca autora z wyjątkiem niektórych drobiazgów indywidualnych nie przynosi nic nowego, jest ona wielce zajmująca i na czasie wobec tego, iż się podaje coraz więcej przyrządów do szycia jelit. Kto bowiem w skutek źle założonego szwu stracił chorego, szuka rozmaitych kozłów ofiarnych, byle się nie przyznać szczerze, że źle szył, jak to czyni autor. Kto dobrze szyje, nie potrzebuje do szycia jelit nic innego krom igły i jakiegokolwiek materyału; znajomości zaś zasad, jak się ma szyć jelito przecięte, wymagać należy od każdego lekarza na prowincyi, bo w tem położeniu być może, jeżeli go zawezwą do chorego z ranami jelit. Po szyciu poznasz partacza. *(Archiv für klinische Chirurgie.* Tom 49-ty, str. 739—766. r. 1895). *Bogdanik.*

Mikulicz: O leczeniu wola i choroby Basedowa za pomocą żywienia grasicą *(thymus)*.

M. opierając się na tem, że pod względem embryologicznym jest grasica bardzo zbliżoną do gruczołu tarczykowego postanowił spróbować zadawania grasicy przeciwko wolowi i chorobie Basedowa. Leczył razem 10 przypadków wola a 1 choroby Basedowa. Wiek 10 chorych z wolem był od 13—28 lat. W 8 przypadkach był przerost ogólny gruczołu tarczykowego, w 2 odrębne guzy. W jednym przypadku ogólnego przerostu nastąpiło po 2 tygodniach zupełne wyleczenie, w 6 znaczne polepszenie, w 2 nieznaczne a w jednym wcale polepszenia nie było. Największe zmniejszenie się wola następuje w przeciągu pierwszych dwóch tygodni, później zmniejsza się jeszcze nieznacznie a po 5—6 tygodniach zmniejszanie się ustaje pomimo dalszego podawania grasicy. W jednym przypadku choroby Basedowa wynik był także korzystny, zmniejszyły się bowiem dolegliwości, ustąpiła sinica, znacznie się zmniejszyła duszność i bicie serca a tętno zmniejszyło się o 20—30 uderzeń na minutę. Wól w tym przypadku wiele się nie zmniejszył.

Jako różnicę pomiędzy działaniem leczniczem gruczołu tarczykowego a grasicą w takich przypadkach podaje M. to, że podczas podawania grasicy nie występują żadne objawy działania ubocznego, które spostrzedz można podczas podawania gruczołu tarczykowego. Co się tyczy dawki, to chorzy brali 3 razy tygodniowo po 10—25 gramów grasicy, razem w przeciągu 5—6 tygodni wyżyta ilość wynosiła do 300 gramów u chorych z wolem, 375 gramów w chorobie Basedowa. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 1895. Nr. 16). *Dr. Rościszewski.*

Zapiski terapeutyczne.

56. Richet i Hericourt: Leczenie i wyleczenie surowicą dwóch przypadków raka. Przypadki przez autorów przytoczone dowodzą, iż seroterapii można użyć skutecznie w chorobach nie tylko zakaźnych, ale i takich, których jak raka początek od mikrobów jest jeszcze problematyczny.

W dniu 9. Lutego b. r. operował Reclus *osteosarcoma* podudzia. Odjęty nowotwór roztarto i dodano doń nieco wody. Płynu przesączonego przez płótno użyto do wstrzyknięcia osłu i dwom psom. Po tem wstrzyknięciu nie wystąpiła żadna reakcya a w pięć, siedm i piętnaście dni potem upuszczono owym zwierzętom krwi, by z niej otrzymać surowicę, której użyto do wstrzykiwań u dwu chorych na raka.

W pierwszym przypadku rozchodziło się o kobietę z oddziału prof. Terriera w Paryżu, która operowano w Październiku 1894 roku z przyczyny nowotworu wyglądającego jak *fibrosarcoma*, objętości pomarańczy a przylegającego do 6., 7. i 8-go żebra, nie zajmującego jednak powłok skórnych. Nowotwór atoli odnowił się wkrótce, miał w Lutym b. r. objętość orzecha laskowego a w miesiąc później, 7. Marca b. r. objętość małej pomarańczy. Leczenie surowicą rozpoczęto 12. Marca, wstrzykując w tkankę łączną podskórną naokoło nowotworu za każdym razem po 3 cm.^{3} przerzeczonej surowicy tak, iż przez 40 dni spotrzebowano jej 120 cm.^{3} Od 25. Marca, nowotwór zaczął się zmniejszać i zmniejszał

ciągle tak, iż obecnie w jego miejscu znajduje się tylko stwardnienie o granicach niewyraźnych, mające objętość $^1/_8$ pierwotnych rozmiarów nowotworu. Obok tego poprawił się stan ogólny a chora nawet przytyła widocznie.

Wobec tego, że nowotwór odnowił się w bliźnie, nie wątpią autorowie, iż był on natury raka; seroterapia okazała się więc skuteczną w przypadku, w którym nawet operacya krwawa okazała się całkiem niedostateczną.

Postrzeżenie drugie tyczy się mężczyzny 44 lat liczącego, który zgłosił się 27. Marca r. b. do szpitala *la Pitié* w Paryżu do oddziału Reclusa z obrzmieniem wielkości dużej pomarańczy, rozpoznanem jako rak żołądka. Ponieważ wszelką interwencyą chirurgiczną uważano za najpodobniej do prawdy nieskuteczną, wzięto się do seroterapii i wstrzyknięto 6. Kwietnia 4 cm.³ wiadomej już surowicy, której do 24. b. m. zużyto w tym przypadku razem 64 cm.³. Wkrótce zaczął się poprawiać stan ogólny. Chory ważył 10. Kwietnia 57, 16. Kwietnia 58 a 23. t. m. 60 kilogramów. Od 10. t. m. zaczęło zmniejszać się także obrzmienie i to tak, iż już 20. Kwietnia nie można go było wymacać jako czegoś odosobnionego, tylko jako pewne zgrubienie, nie dające się ściśle ograniczyć.

Gdyby nawet w tym przypadku przez zbytek ostrożności przypuścić błąd w rozpoznaniu, to i tak skuteczność surowicy w pierwszym przypadku, który trzeba koniecznie uważać za raka, nie ulega wątpliwości. *(La Semaine médicale* 1. Maja 1895).

57. A. Gilbert (prof.) i L. Fournier: Doświadczenia z leczeniem kiły surowicą. Przypuszczenie mechanizmu wspólnego dla immunizacyi i dla wyleczenia wszystkich chorób zakaźnych doprowadziło teraz wielu lekarzy do prób z leczeniem rozmaitych chorób surowicą. I kiła wydaje się podległą ogólnemu może prawu i dlatego autorowie postanowili starać się o surowicę uodporniającą i leczącą tę chorobę, jakkolwiek nie tają przed sobą nadzwyczajnych w tej mierze trudności, wynikających z zupełnej nieznajomości mikrobu chorobotwórczego tej choroby a tem samem i niemożności jego wyhodowania. Rezultatów otrzymanych z wstrzykiwania surowicy swoistej w kile autorowie sami nie uważają za stanowcze; mimo tego podają je do wiadomości ogółu, ponieważ stanowią one pierwszy okres poszukiwań podejmowanych w tej sprawie od sześciu miesięcy.

Wrodzona odporność zwierząt przeciw kile, udowodniona znaczną już liczbą doświadczeń, kazała się spodziewać, że za pomocą niej można będzie uzyskać środek leczący kiłę. Jakoż zaczęto próbować wstrzykiwań surowicy zwierząt, jak psów, baranów, jagniąt, cieląt i królików; pierwsze w tej mierze doświadczenia robił Fournier jeszcze w roku 1891. w szpitalu św. Ludwika w Paryżu; za nim poszli Tommasoli, Mazza, Kollmann i inni. Z wyjątkiem Kollmanna, który nie uzyskał żadnego skutku, przekonano się, iż wstrzykiwania te wpływają korzystnie na stan ogólny chorych, przyśpieszają zabliźnienie się owrzodzeń kiłowych, lecz ostatecznie nie działają na przebieg choroby ani nie łagodzą jej objawów.

Pellizzari idąc za doświadczeniami zrobionemi w innych chorobach zakaźnych, spróbował przeto innej metody, t. j. wstrzykiwał surowicę osób mających kiłę trzeciorzędną kiłowym z wrzodem pierwotnym lub zmianami drugorzędnemi, opierając się na tem, że kiłowi są do pewnego stopnia immunizowani przeciw nowemu zakażeniu się i że nadto mający kiłę trzeciorzędną są w ogólności odporni przeciw ogólnym objawom okresu drugorzędnego. Pellizzari sądził nadto, że ta szczegółowa odporność da się wywieść z antagonizmu między mikroorganizmem kiły a toksynami przezeń wydzielonemi. Przypuścić można prócz tego, że te toksyny działają zarazem i na czynnik chorobotwórczy i na sam ustrój w ten sposób, że choroba traci swój charakter ogólnej choroby zakaźnej.

Na poparcie tej teoryi Pellizzarego można przytoczyć niezdolność kiłowego do nabycia znowu miejscowej zmiany pierwotnej kiłowej, ale nadto immunizacyą matki przez płód kiłowy (prawo Collesa) i naodwrót płodu przez matkę kiłową (prawo Profety).

Z tem wszystkiem rezultaty otrzymane przez Pellizzarego z leczenia na tej zasadzie nie są bynajmniej zachęcające, prawdopodobnie z powodu zbyt małej ilości antytoksyn w surowicy krwi osób kiłowych.

Trzecia metoda seroterapeutyczna polega na mocnem immunizowaniu zwierząt przeciw pewnej chorobie zakaźnej i użyciu potem ich surowicy do leczenia osób tą samą chorobą nawiedzonych.

Zwierzęta są po prostu względem kiły oporne (*réfractaires*); można przeto przez analogię spodziewać się, iż ich surowicy uda się nadać przymiot uodporniania i leczenia kiły. Wiadomo n. p., że kura, oporna zupełnie przeciw tężcowi może po wstrzyknięciu pewnej ilości hodowli lasecznika Nicolaierowskiego i toksyn przezeń wydzielonych dostarczać surowicy przeciwtężcowej, leczącej i zapobiegawczej.

Otóż na tej zasadzie oparli autorowie swe doświadczenia z leczeniem kiły surowicą. Doświadczenia podobne robili zresztą jeszcze w roku 1893. Mazza a przed nim Tommasoli, z drugiej strony Richet, Héricourt i Triboulet, którzy wyniki swe przedstawili w swym czasie paryzkiemu Towarzystwu biologicznemu.

Richet, Héricourt i Triboulet wzmacniali naturalną odporność zwierząt przeciw kile, wstrzykując im krew osób w pełnym rozwoju różyczki kiłowej (*roseola syphilitica*) całkiem nie leczonych. W kilka dni potem upuszczali krwi zwierzętom owym i otrzymywali w ten sposób surowicę, którą potem wstrzykiwali chorym na kiłę.

W trzech przypadkach w ten sposób leczonych uzyskano rzeczywiście w krótkim czasie ustąpienie objawów kiły, w jednym jednak zagojone już kilaki odnowiły się, w dwóch drugich czas obserwacyi jest zakrótki, by można w tej sprawie wyrzec zdanie stanowcze.

Gilbert i Fournier postanowili naprzód powtórzyć doświadczenia Pellizzarego i w tym celu postarali się o surowicę z dwóch osób, jednej cierpiącej na wiąd pacierzowy, która niegdyś przebywała kiłę, drugiej mającej kilaki.

W dniu 28. Października r. z. zgłosił się do szpitala *Tenon* w Paryżu mężczyzna z objawami kiły drugorzędnej. W dniu 3. Listopada rozpoczęto wstrzykiwania i użyto w tym celu 25, 4. t. m. 30, 5. t. m. 30, 7. t. m. 20, 9. t. m. 54, 13. t. m. 30, 16. t. m. 35, 19. t. m. 35, 23. t. m. 45, razem w dwudziestu dniach 304 cm.³ surowicy, przekroczono zatem i to bardzo znacznie dawki używane przez Pellizzarego.

Wstrzykiwania robiono ze wszystkiemi ostrożnościami w tkankę łączną podskórną przedniej ściany brzusznej. Nie było żadnych potem przypadów ani miejscowych, ani ogólnych.

Skutek terapeutyczny był następujący:

5. Listopada ustąpiły bóle głowy i w kościach, sen i apetyt dobre, ciepłota prawidłowa, wrzody opatrywane po prostu tylko gazą salolową rozpoczęły się zabliźniać. 12. Listopada wrzody były już zupełnie zabliźnione, zmiany na skórze ustępowały coraz bardziej i były nawet mniej widoczne, niż u innych chorych w tym samym okresie choroby, z podobnemi całkiem zmianami na skórze, leczonych sublimatem.

25. Listopada opuścił chory szpital ze śladami wszakże jeszcze różyczki kiłowej, która nie ustąpiła nawet do 2-go Grudnia.

Mimo tego wszystkiego a nadto znakomitej poprawy stanu ogólnego nie można tego rezultatu terapeutycznego uważać za dostateczny.

W dalszych doświadczeniach, dokonanych już za pośrednictwem zwierząt postępowali autorowie tak, jakby czynnik chorobotwórczy kiły już był znany a ponieważ wiadomo, iż znajduje on się z wszelką pewnością we wrzodzie pierwotnym, wykwitach choroby i we krwi w okresie drugorzędnym choroby, przeto ich właśnie użyto do szczepienia zwierząt mianowicie psów i kóz. Surowicy z tych zwierząt uzyska-

nej użyto do leczenia 17 chorych przebywających w oddziałach szpitalnych Gilberta i Mauriaca w Paryżu.

Chorzy ci dzielą się na dwie kategorye; do pierwszej należą ci, którzy odbywali równocześnie zwykłe leczenie przeciwkiłowe lub je co właśnie odbyli, do drugiej ci, których nie leczono całkiem, ani rtęcią, ani jodem, lub leczono przynajmniej bardzo dawno.

Co do pierwszej kategoryi obejmujących 7 przypadków kiły, zdawało się, że w przeważnej ich liczbie surowica działała korzystnie, chociaż oczywiście trudno rozdzielić skutek terapeutyczny surowicy od skutku środków swoistych. Skutek jednak był widoczny u kobiety, u której leczenie swoiste nie zdołało usunąć objawów kiły, tudzież u mężczyzny, u którego dwa wstrzyknięcia surowicy, każde po 9 cm.³ sprowadziło znaczną a korzystną zmianę w objawach choroby.

W drugiej kategoryi obejmujących 10 chorych, u jednych nie było widać żadnego skutku po wstrzykiwaniach surowicy, u drugich nastała większa lub mniejsza poprawa, u innych wreszcie rezultat jest jeszcze wątpliwy.

Zważywszy to wszystko, pojąć łatwo, iż w tej chwili nie można jeszcze wydać stanowczego orzeczenia o wartości leczenia kiły surowicą swoistą tem bardziej, iż nie ma wątpliwości, że i surowica zwierząt kiłą szczepionych wpływa dobrze na stan ogólny chorych a do pewnego stopnia i na przypady kiły u nich.

Dlatego trzeba dalsze jeszcze robić doświadczenia. (*La Semaine médicale.* 27. Kwietnia 1895).

58. Deleage. Przeciwskazania do przepłukiwania żołądka (z posiedzenia paryskiego Towarzystwa terapeutycznego w dniu 24. Kwietnia 1895). Przepłukiwanie jest ulubionem teraz postępowaniem w leczeniu nawet ciężkich chorób organicznych żołądka; dlatego warto poznać okoliczności, w których mogłoby ono łączyć się z pewnem niebezpieczeństwem.

W raku gardziela (*oesophagus*) przeciwwskazane jest przepłukiwanie żołądka, gdy nowotwór jest kruchy. W każdym razie dobrze jest używać zgłębnika napół miękkiego z zaokrąglonym końcem dolnym.

Nie należy przepłukiwać żołądka przy owrzodziałym raku tego organu, przy wrzodzie okrągłym, u osób cierpiących na żylaki gardziela, na miażdżycę tętnic ze skłonnością do nawałów krwi, u połowiczo porażonych, u osób mających daleko posunięte wady serca lub prawdziwą duszniecę bolesną (*angina pectoris vera*), przy znacznem osłabieniu ogólnem wyjąwszy, gdyby ono zależało od zboczeń w przewodzie pokarmowym.

Zarzut, iż przepłukiwanie żołądka może sprowadzić krwotok, tyczy się prawie wyłącznie raka i wrzodu okrągłego żołądka. (*La Semaine médicale.* 1. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 20. Lutego 1895 roku.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnieniu zmarłych kolegów Blatteisa, Cassiny i Janiszewskiego.

3) Kol. Bujwid podał swoje badania nad błonicą i morfologią jej zarazka, mówił o wytwarzaniu toksyn i ich własnościach oraz o wytwarzaniu surowicy przeciwbłoniczej, popierając swój odczyt okazaniem wielu preparatów i hodowli bakteryj błoniczych. Odczyt ten będzie ogłoszony drukiem. Dyskusyi nie było.

4) Kol. Raczyński mówił o rozpoznawaniu błonicy kliniczno-bakteryologicznem i różnicach w jadowitości zarazka. Odczyt ogłoszony drukiem w *Przeglądzie lekarskim.*

W dyskusyi oświadcza kol. Jeż, że w dwóch przez siebie badanych przypadkach znalazł oprócz bakteryj błoniczych także gronkowce i paciorkowce; co się tyczy t. zw. wrzekomych prątków błoniczych, to odróżnić je można po braku charakterystycznej reakcyi kwaśnej w hodowli bulionowej.

W odpowiedzi twierdzi kol. Bujwid, że w kwestyi odróżnienia prawdziwych prątków od wrzekomych nawet taki znawca, jak Roux, nie wyraża stanowczego zdania.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Maja 1895 r.

— J. Eks. P. Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. w Krakowie, dopuszczającą Dra Aleksandra Rosnera na docenta położnictwa i ginekologii w tymże Uniwersytecie

— Med. i fil. Dr. Wacław Sobierański, asystent zakładu farmakologicznego w Marburgu w Hesyi, habilitował się tamże na docenta prywatnego farmakologii.

— Tak *Gazeta lekarska* jak i *Medycyna* w swych ostatnich numerach wyrażają się nader sympatycznie o zasługach naukowych i pedagogicznych zgasłego tak niespodziewanie ś. p. prof. Rydla a pierwsza podała jeszcze nekrolog i wykaz prac zmarłego.

— Prof. Dr. Rydygier przeznaczył taksy, należące mu się za egzamina ścisłe z okulistyki w zastępstwie ś. p. prof. Rydla, na restauracyę katedry na Wawelu i dla Towarzystwa wzajemnej pomocy uczniów Uniw. Jagiel.

— V. zebranie Izby lekarskiej w Krakowie odbyło się d. 4. b. m. przy współudziale 10 członków Izby.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania, przyjęto: 1) sprawozdanie prezydenta z czynności Wydziału i spraw bieżących, 2) sprawozdanie z czynności Izby za r. 1893/4, 3) przedłożenie rachunkowe za lata 1893 i 1894; przyczem udzielono Wydziałowi absolutoryum, 4) uchwalono przelać 300 złr. z pozostałości kasowej do funduszu zapomóg, 5) postanowiono nie uzupełniać wyboru w miejsce zmarłego członka Izby ś. p. Dra Slavika (z Nowego Sącza) a tylko powoływać do końca kadencyi w jego miejsce jako zastępcę Dra Neumanna (z Gorlic), 6) przyjęto do wiadomości odpowiedź Wydziału Izby daną Komitetowi Towarzystwa lek. krak. dla budowy domu własnego, że Izba chętnie zgodzi się na wynajem dla siebie mieszkania w wybudować się mającym domu Towarzystwa, 7) w sprawie utworzenia wspólnych instytucyj dobroczynnych dla lekarzy Przedlitawii i ich rodzin wybrano *ad hoc* komitet pod przewodnictwem prezydenta dla opracowania referatu, mającego stanowić podstawę do szczegółowej rozprawy na najbliższem zebraniu Izby. Do tego komitetu zaproszono Drów: Ponikłę, Walczyńskiego i Zarewicza. 8) Dr. Walczyński zapowiedział wniosek w sprawie rewizyi regulaminu dla lekarzy miejskich, nadmieniając, że referat w tej sprawie prześle niebawem Wydziałowi Izby do rozpatrzenia.

— W dniu 12. Lutego b. r. obchodzono w wileńskiem Towarzystwie lekarskiem rzadki jubileusz 50. rocznicy zostania członkiem tegoż Towarzystwa Dra Juliana Titiusa. Towarzystwo uczciło w tym dniu jubilata dyplomem na honorowego, dożywotniego prezesa, odznaczeniem więc w każdym razie niezwykłem. Dr. Titius jest wychowańcem Akademii Wileńskiej, którą ukończył w roku 1840., i obchodził w 1890 roku 50-letni jubileusz praktyki lekarskiej w swem mieście rodzinnem, gdzie wielkie położył zasługi jako lekarz i filantrop; należy on do nielicznej dziś już garstki znawców przeszłości historycznej Wilna, którego pamiątek posiada zbiór bogaty. W kwestyach wątpliwych co do dawnych zwyczajów i wypadków jest ostatnią instancyą (*Medycyna*).

— Dr. Emil Münz mianowany przez Wydział krajowy sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Jak donosi *Medycyna*, będzie można warszawskiej surowicy przeciwbłoniczej z pracowni bakteryologicznej prof. O. Bujwida i Dra W. Palmirskiego dostać w pierwszej połowie Maja r. b. w aptece PP. Wendy i Wiorogórskiego w Warszawie przy Krakowskiem Przedmieściu Nr. 45. Cena flaszeczki zawierającej 1000 jednostek immunizacyjnych wynosi rubel.

— Wydział Wielki Kasy Oszczędności miasta Krakowa przeznaczył w dalszym ciągu dla szpitala św. Ludwika w Krakowie 300 złr na próby z surowicą swoistą przeciw błonicy.

— Najwyższa Rada lekarska austryacka przyjęła jednomyślnie referat prof. Weichselbauma, wykazujący, jak szkodliwe skutki dla publicznej służby sanitarnej wypływają z materyalnego i służbowego stanowiska rządowych lekarzy powiatowych, nieodpowiadającego obecnym stosunkom i ważności usług oddawanych państwom przez tych lekarzy. Również niekorzystnym jest brak wyższej sanitarnej służby inspekcyjnej.

— Ze statystyki lekarskiej armii francuskiej dowiadujemy się, że w roku 1891 umarło ze stanu czynnego wynoszącego 523372 osób 3942 czyli 7·53°/₀₀, w roku zaś 1892 ze stanu 524719 osób 3274, czyli 6·24°/₀₀. Z tych 3274 zmarłych w roku 1892 przypada na armię czynną i terytoryalną w kraju 2369, czyli 5·59°/₀₀, na Algier 543, czyli 9·09°/₀₀, a na Tunis 172, czyli 13·93°/₀₀. Posiadłości zatem afrykańskie bardzo były dla armii niezdrowe. Śmiertelność jest także różna w rozmaitych rodzajach broni i wynosiła dla kompanij robotniczych, oddziałów administracyjnych i technicznych, tudzież strzelców 4·13 do 4·83, dla piechoty i saperów-pompierów 5·40 do 5·59, dla kawaleryi i zuawów 6·18 do 6·84, dla kompanij karnych, infirmarzy, artyleryi i batalionów fortecznych 7·07 do 7·70, dla pułków przebywających w Afryce lub innych okolicach szczególnie niezdrowych 8·15 do 13·45°/₀₀.

61 żołnierzy pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o wściekliznę przynajmniej podejrzane odesłano do szpitala Val-de-Grace w Paryżu celem leczenia sposobem Pasteurowskim.

Samobójstwem skończyło życie 161 żołnierzy.

— **Nekrologia**. Zmarł w Zbarażu w dniu 2. b. m. w 38. roku życia lekarz powiatowy Dr. **Władysław Węgrzynowski**, na dur osutkowy, którego się nabawił pełniąc obowiązki swego zawodu i urzędu. Jestto już w tym roku 7-my z kolei lekarz padający w walce z epidemią grasującą od niejakiegoś czasu we wschodniej Galicyi. Zmarły pozostawił po sobie jak najlepsze wspomnienie i jako lekarz gorliwy o dobro chorych i jako urzędnik pełniący sumiennie ciężkie swe zadanie.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 18-tym. W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem. W. Janowski: Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłonicowej z rozmaitych fabryk oraz o sposobie jej stosowania. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą (ciąg dalszy). L. Feinstein: Przypadek glejaka siatkówki, ciekawy ze względu na etyologią. L. Feinstein: Dobrowolne wyjście jądra kataraktalnego w dwa tygodnie po dokonanej ekstrakcyi. — W *Medycynie* Nrze 17-tym. Władysław Papiewski: Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci. T. Solman i A. Zawadzki: Przypadek błonicy, leczonej surowicą Behringa. Tracheotomia. Wyzdrowienie.

Sprostowanie. W Nrze 18. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Sroczyńskiego na str. 265, II. szpalta, wiersz 9-ty od dołu zamiast: „że szkło z różnicą 1—1½ dyoptryj wywołują niezmiernie przykre uczucia“ i t. d. czytać należy: „że szkła z różnicą ponad 1—1½ dyoptryj wywołują“ i t. d.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 15. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kostanecki objaśni preparaty, przedstawiające zapłodnienie u zwierząt, poczem mówić będzie kol. Nowak: *O przypadku ciąży trąbkowej po stronie lewej z przemieszczeniem płodu do trąbki prawej* (z demonstracyą).

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.